# REVUE DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.





**VINGT-QUATRIÈME ANNÉE. — N° 3. — 10 MARS 1904.**


EXTRAIT

## TUMEURS BÉNIGNES DU CORPS THYROÏDE
### DONNANT DES MÉTASTASES


**Par Maurice PATEL**



FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C[ie]

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

PARIS, 6e

1904

# BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

**Volumes in-8, brochés, à 5 fr., 7 fr. 50 et 10 fr.**

## *EXTRAIT DU CATALOGUE*

STUART MILL. — **Mes mémoires**, 3e éd. 5 fr.
— **Système de logique.** 2 vol. 20 fr.
— **Essais sur la religion**, 2e éd. 5 fr.
HERBERT SPENCER. **Prem. principes.** 10e éd. 10 fr.
— **Principes de psychologie.** 2 vol. 20 fr.
— **Principes de biologie.** 5e édit. 2 vol. 20 fr.
— **Principes de sociologie.** 4 vol. 36 fr. 25
— **Essais sur le progrès.** 5e éd. 7 fr. 50
— **Essais de politique.** 4e éd. 7 fr. 50
— **Essais scientifiques.** 3e éd. 7 fr. 50
— **De l'éducation.** 10e éd. 5 fr.
PAUL JANET. — **Causes finales.** 4e édit. 10 fr.
— **Œuvres phil. de Leibniz.** 2e éd. 2 vol. 20 fr.
TH. RIBOT. — **Hérédité psychologique.** 7 fr. 50
— **Psychologie anglaise contemporaine.** 7 fr. 50
— **La psychologie allem. contemp.** 7 fr. 50
— **Psychologie des sentiments.** 4e éd. 7 fr. 50
— **L'Evolution des idées génér.** 2e éd. 5 fr.
— **L'imagination créatrice.** 5 fr.
A. FOUILLÉE. — **Liberté et déterminisme.** 7 fr. 50
— **Systèmes de morale contemporains.** 7 fr. 50
— **Morale, art et religion**, d'ap. Guyau. 3 fr. 75
— **L'avenir de la métaphysique.** 2e éd. 5 fr.
— **L'évolut. des idées-forces.** 2e éd. 7 fr. 50
— **Psychologie des idées-forces.** 2 vol. 15 fr.
— **Tempérament et Caractère.** 2e éd. 7 fr. 50
— **Le mouvement positiviste.** 2e éd. 7 fr. 50
— **Le mouvement idéaliste.** 2e éd. 7 fr. 50
— **Psychologie du peuple français.** 7 fr. 50
— **La France au point de vue moral.** 7 fr. 50
— **Esquisse psych. des peuples europ.** 10 fr.
— **Nietzsche et l'immoralisme.** 5 fr.
BAIN. — **Logique déd. et ind.** 2 vol. 20 fr.
— **Les sens et l'intelligence.** 3e édit. 10 fr.
— **Les émotions et la volonté.** 10 fr.
— **L'esprit et le corps.** 4e édit. 6 fr.
— **La science de l'éducation.** 6e édit. 6 fr.
LIARD. — **Descartes.** 2e édit. 5 fr.
— **Science positive et métaph.** 4e éd. 7 fr. 50
GUYAU. — **Morale anglaise contemp.** 5e éd. 7 fr. 50
— **Probl. de l'esthétique cont.** 3e éd. 7 fr. 50
— **Morale sans obligation ni sanction.** 5 fr.
— **L'art au point de vue sociol.** 2e éd. 5 fr.
— **Hérédité et éducation.** 3e édit. 5 fr.
— **L'irréligion de l'avenir.** 5e édit. 7 fr. 50
H. MARION. — **Solidarité morale.** 5e éd. 5 fr.
SCHOPENHAUER. — **Sagesse dans la vie.** 5 fr.
— **Principe de la raison suffisante.** 5 fr.
— **Le monde comme volonté**, etc. 3 vol. 22 fr. 50
JAMES SULLY. — **Le pessimisme.** 2e édit. 7 fr. 50
— **Etudes sur l'enfance.** 10 fr.
WUNDT. — **Psychologie physiol.** 2 vol. 20 fr.
GAROFALO. — **La criminologie.** 4e édit. 7 fr. 50
— **La superstition socialiste.** 5 fr.
P. SOURIAU. — **L'esthét. du mouvement.** 5 fr.
— **La beauté rationnelle.** 10 fr.
F. PAULHAN. — **L'activité mentale.** 10 fr.
— **Esprits logiques et esprits faux.** 7 fr. 50
JAURÈS. — **Réalité du monde sensible.** 7 fr. 50
PIERRE JANET. — **L'autom. psych.** 4e édit. 7 fr. 50
H. BERGSON. — **Matière et mémoire.** 3e éd. 5 fr.
— **Données imméd. de la conscience.** 3 fr. 75
E. DE ROBERTY. — **L'ancienne et la nouvelle philosophie.** 7 fr. 50
— **La philosophie du siècle.** 2e édit. 5 fr.
— **Nouveau programme de sociologie.** 5 fr.
PILLON. — **L'année philosophique.** Années 1890 à 1902, chacune. 5 fr.
GURNEY, MYERS et PODMORE. — **Hallucinations télépathiques.** 3e édit. 7 fr. 50
L. PROAL. — **Le crime et la peine.** 3e éd. 10 fr.
— **La criminalité politique.** 5 fr.
— **Le crime et le suicide passionnels.** 10 fr.
COLLINS. — **Résumé de la phil. de Spencer.** 10 fr.
NOVICOW. — **Les luttes entre sociétés humaines.** 3e édit. 10 fr.
— **Les gaspillages des sociétés modernes.** 5 fr.

DURKHEIM. — **Division du travail social.** 7 fr. 50
— **Le suicide**, étude sociologique. 7 fr. 50
— **L'année sociolog.** Années 1896-97, 1897-98, 1898-99, 1899-1900, 1900-1901, chacune. 10 fr.
Année 1901-1902. 12 fr. 50
J. PAYOT. — **Educ. de la volonté.** 18e éd. 10 fr.
— **De la croyance.** 5 fr.
NORDAU (MAX). — **Dégénérescence.** 2 vol. 17 fr. 50
— **Les mensonges conventionnels.** 7e éd. 5 fr.
— **Vus du dehors.** 5 fr.
LÉVY-BRUHL. — **Philosophie de Jacobi.** 5 fr.
— **Lettres de J.-S. Mill et d'Aug. Comte.** 10 fr.
— **Philosophie d'Aug. Comte.** 7 fr. 50
— **La morale et la science des mœurs.** 5 fr.
G. TARDE. — **La logique sociale.** 3e éd. 7 fr. 50
— **Les lois de l'imitation.** 4e éd. 7 fr. 50
— **L'opposition universelle.** 7 fr. 50
— **L'opinion et la foule.** 2e édit. 5 fr.
— **Psychologie économique.** 2 vol. 15 50
G. DE GREEF. — **Transform. social.** 2e éd. 7 fr. 50
SÉAILLES. — **Essai sur le génie dans l'art.** 3e éd. 5 fr.
V. BROCHARD. — **De l'erreur.** 2e éd. 5 fr.
AUG. COMTE. — **Sociol.**, rés. p. *Rigolage.* 7 fr. 50
E. BOUTROUX. — **Etudes d'histoire de la philosophie.** 2e éd. 7 fr. 50
P. MALAPERT. — **Les élém. du caractère.** 5 fr.
A. BERTRAND. — **L'enseignement intégral.** 5 fr.
— **Les études dans la démocratie.** 5 fr.
H. LICHTENBERGER. — **Richard Wagner.** 10 fr.
THOMAS. — **L'éduc. des sentiments.** 3e éd. 5 fr.
— **Pierre Leroux.** 5 fr.
G. LE BON. — **Psychol. du social.** 3e éd. 7 fr. 50
RAUH. — **De la méthode dans la psychologie des sentiments.** 5 fr.
— **L'expérience morale.** 3 fr. 75
DUPRAT. — **L'instabilité mentale.** 5 fr.
HANNEQUIN. — **L'hypothèse des atomes.** 7 fr. 50
LALANDE. — **Dissolution et évolution.** 7 fr. 50
DE LA GRASSERIE. — **Psych. des religions** 5 fr.
BOUGLÉ. — **Les idées égalitaires.** 3 fr. 75
DUMAS. — **La tristesse et la joie.** 7 fr. 50
G. RENARD. — **La méthode scientifique de l'histoire littéraire.** 10 fr.
STEIN. — **La question sociale.** 10 fr.
BARZELLOTTI. — **La philosophie de Taine.** 7 fr. 50
RENOUVIER. — **Dilemmes de la métaphys.** 5 fr.
— **Hist. et solut. des probl. métaphys.** 7 fr. 50
— **Le personnalisme.** 10 fr.
BOURDEAU. — **Le problème de la mort.** 3e éd. 5 fr.
— **Le problème de la vie.** 7 fr. 50
SIGHELE. — **La foule criminelle.** 2e éd. 5 fr.
SOLLIER. — **Le problème de la mémoire.** 3 fr. 75
— **Psychologie de l'idiot.** 2e éd. 5 fr.
HARTENBERG. — **Les timides et la timidité.** 5 fr.
LE DANTEC. — **L'unité dans l'être vivant.** 7 fr. 50
— **Les limites du connaissable.** 3 fr. 75
OSSIP-LOURIÉ. — **Philos. russe contemp.** 5 fr.
BRAY. — **Du beau.** 5 fr.
PAULHAN. — **Les caractères.** 2e éd. 5 fr.
LAPIE. — **Logique de la volonté.** 7 fr. 50
GROOS. — **Les jeux des animaux.** 7 fr. 50
XAVIER LÉON. — **Philosophie de Fichte.** 10 fr.
OLDENBERG. — **La religion du Véda.** 10 fr.
— **Le Bouddha.** 2e éd. 7 fr. 50
WEBER. — **Vers le positivisme absolu par l'idéalisme.** 7 fr. 50
TARDIEU. — **L'ennui.** 5 fr.
RIBÉRY. — **Essai de classification naturelle des caractères.** 3 fr. 75
GLEY. — **Psychologie physiol. et pathol.** 5 fr.
SABATIER. — **Philosophie de l'effort.** 7 fr. 50
MAXWELL. — **Phénomènes psych.** 2e éd. 5 fr.
SAINT-PAUL. — **Le langage intérieur et les paraphasies.** 5 fr.
LUBAC. — **Esquisse d'un système de psychologie rationnelle.** 3 fr. 75
HALÉVY. — **Radical. philos.** 3 vol. 22 fr. 50
V. EGGER. — **La parole intérieure.** 2e édit. 5 fr.
PALANTE. — **Combat pour l'individu.** 3 fr. 75
FOURNIÈRE. — **Théories socialistes.** 7 fr. 50
DAURIAC. — **L'esprit musical.** 5 fr.

249-04. — Coulommiers. Imp. PAUL BRODARD. — 3-04.

(Travail de la clinique du Prof. Jaboulay.)

# TUMEURS BÉNIGNES DU CORPS THYROÏDE DONNANT DES MÉTASTASES

Par **Maurice PATEL**,

Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

Si l'on donne au mot de goitre sa signification classique, anatomique et clinique, de tumeur bénigne thyroïdienne, il semble surprenant d'y adjoindre le terme de métastase.

La métastase, en effet, est considérée comme un des caractères essentiels de la tumeur maligne; la tumeur bénigne, avec sa limitation précise, reste stationnaire; elle n'envahit pas les ganglions, et ne se généralise ni par voie lymphatique, ni par voie sanguine. C'est, au moins, l'opinion admise dans la presque totalité des cas.

Cependant, on peut observer des faits qui semblent en contradiction avec ce principe, et qui ont rapport à des tumeurs d'autres organes et d'autres tissus.

On a signalé des lipomes, la tumeur bénigne par excellence, susceptibles de se généraliser : ces cas sont douteux; et il s'agit probablement de tumeurs multiples d'emblée, ou d'une tumeur primitive d'un type histologique différent.

Le *myxome*, que l'on range dans les tumeurs bénignes, se généralise. Virchow en cite des faits indiscutables; M. le professeur Poncet a étudié spécialement le myxome diffus des membres [1], et, dans plusieurs cas, on a eu la récidive sur place, et même la véritable généralisation à distance.

Les *chondromes* sont les tumeurs bénignes dont la généralisation a été le mieux étudiée [2]. Elle se fait par les veines et aussi par les

1. Ratin, th. Lyon, 1885, *Myxome diffus des membres*. — Thévenot et Patel, *Gaz. Hôp.*, 1901, Myxolipomes de la cuisse.

2. Walsdorff, th., Paris, 1878, *Chondrome malin*.
Michaloff, th., Genève, 1882, *Chondrome avec métastases*.

artères et par les lymphatiques. Michaloff, sur 14 cas, indique comme suit le siège des tumeurs secondaires :

12 fois dans le poumon ;

3 fois, la rate ;

1 fois, l'épiploon, le cœur, le cerveau, le rocher, le foie.

On a même saisi le mécanisme de la généralisation : dans un cas de Paget, on trouva un bourgeon cartilagineux, venu d'un ganglion dégénéré, menaçant de perforer la veine cave. Weber a vu des embolies cartilagineuses dans la veine cave, les vaisseaux lymphatiques.

Ces tumeurs secondaires sont formées de cartilage hyalin, comme la tumeur primitive ; elles paraissent dériver les unes des autres par des généralisations non interrompues.

Tous ces exemples de généralisation de tumeurs bénignes appartiennent à des tumeurs conjonctives ; les tumeurs bénignes d'origine épithéliale ont été rarement signalées comme étant susceptibles de généralisation ; les tumeurs kystiques de l'ovaire sont les seules indiquées. Le goitre constituerait-il, avec ces dernières, une exception ?

Depuis quelques années ont paru un certain nombre d'observations, très curieuses à plusieurs points de vue. Chez des malades atteints de goitre vulgaire, depuis un grand nombre d'années, sans aucune allure clinique de néoplasme malin, on a vu se généraliser dans leurs divers organes, de préférence dans les os et dans les poumons, des tumeurs, que l'histologie a montrées comme étant des tumeurs malignes secondaires, alors que le goitre n'avait subi aucune modification. Chez d'autres malades, on a assisté à l'éclosion de tumeurs à structure thyroïdienne, sans que rien ait retenu l'attention du côté de la glande thyroïde, au moins cliniquement. Cohnheim, Lucke, Muller avaient déjà signalé des cas analogues. Honsell [1] les a rassemblés en 1899. Dernièrement, dans le service de notre maître, le professeur Jaboulay, nous avons pu observer un fait remarquable ; l'examen histologique, fait par M. Gayet, a révélé, d'une façon inattendue, une tumeur de nature thyroïdienne, chez une malade dont le goitre était intact. Ce cas a été relaté dans la thèse de M. Rocher [2], qui a présenté une étude d'ensemble de la question. C'est de tous ces travaux, et des observations les plus caractéristiques que nous avons recueillies, que nous nous inspirerons pour fournir un aperçu rapide des données actuelles que nous possédons sur ce sujet.

1. Honsell, *Beiträge f. klin. Chir.*, 1899, XXIX, Goitres bénins formant des métastases.

2. Rocher, *Des métastases du goitre*, th. de Lyon, 1902-1903.

## I. — Étiologie.

Les conditions étiologiques qui règlent la production de ces métastases sont mal déterminées.

Les femmes sont représentées par 14 cas, sur 18 observations; mais on connaît la plus grande fréquence du goitre chez la femme.

Le volume de la tumeur ne semble influencer en rien leur apparition.

La véritable cause réside dans la structure même de la tumeur; nous verrons dans l'anatomie pathologique que ce sont les tumeurs colloïdes qui sont à l'origine des métastases.

## II. — Anatomie pathologique.

Localisation de ces métastases. — a) *Métastases osseuses.* — C'est surtout dans les os que se font ces métastases; les os courts et les os plats sont spécialement envahis : crâne, mâchoire inférieure, colonne vertébrale, os du bassin, os longs.

Les *métastases crâniennes* se rencontrent sept fois : elles intéressent le frontal (obs. I, II, V), les pariétaux (obs. IV, VII), l'occipital (obs. X), le sphénoïde (obs. XV).

Elles semblent envahir tout d'abord le diploé et refouler les tables externe et interne; elles perforent la boîte crânienne et quelquefois la dure-mère; leur évolution semble se faire plutôt du côté de l'extérieur; la substance cérébrale est rarement prise; les méninges sont mises à nu, et résistent un certain temps à l'envahissement.

Dans le *maxillaire inférieur*, on a vu deux fois des métastases (obs. VI et VIII); elles furent extirpées; il y eut une récidive (obs. VI).

Dans la *colonne vertébrale*, les tumeurs peuvent occuper la région cervicale (obs. XI), ou bien la région dorsale (obs. XI et XVIII, partie supérieure; obs. IX, partie inférieure); mais c'est la région lombaire qu'elles occupent de préférence (obs. III, X, XI, XVI et XVII). Dans l'observation II, les tumeurs secondaires sont généralisées à toute la colonne vertébrale.

Les lésions semblent débuter au niveau de la région spongieuse des vertèbres, passer ensuite aux arcs, atteindre le périoste, les racines des nerfs et le canal médullaire; elles finissent par détruire les vertèbres (obs. de Gussenbauer, Middeldorpf et Metzner).

Les *métastases dans les os du bassin* ont occupé trois sièges : le sacrum (obs. X et XI) et les deux os iliaques (obs. X, XII et XVII).

Dans les *os des membres*, les métastases occupent surtout le canal

médullaire; elles se comportent comme une vraie tumeur osseuse et peuvent amener des fractures spontanées (Middeldorpf, Gœbel). L'humérus et le fémur sont les os le plus fréquemment envahis.

b) *Métastases pulmonaires.* — A côté des métastases osseuses, on rencontre aussi des métastases viscérales; le poumon paraît être l'organe principalement envahi; il est vrai que souvent l'état des autres organes n'est pas mentionné, et peut-être trouverait-on plus souvent d'autres noyaux dans les organes vasculaires.

Quoi qu'il en soit, le poumon est signalé comme étant envahi, par Cohnheim, Metzner; les noyaux secondaires siègent dans toute la hauteur du poumon, sans avoir de lieu de prédilection.

Dernièrement, à la Société d'obstétrique de Leipzig (séance du 20 avril 1903), M. Glockner présentait un tératome formé presque exclusivement de tissu thyroïdien. L'auteur ne signale pas l'état du corps thyroïde, mais tout porte à croire qu'il ne subissait pas une dégénérescence. C'est une localisation, unique jusqu'à présent, de cette variété de métastases thyroïdiennes.

Caractères macroscopiques. — a) *Métastases osseuses.* — A un aspect purement macroscopique, rien ne différencie les tumeurs métastatiques osseuses des autres tumeurs osseuses.

Tantôt, on croirait, au premier abord, à un ostéosarcome à cellules rondes ou à cellules fusiformes : la tumeur est molle; le tissu osseux avoisinant est friable; à la coupe, on peut voir des parties résistantes, de couleur mate, alternant avec des bourgeons rougeâtres friables, et présentant parfois, au centre, des cavités kystiques, des foyers hémorragiques.

Plus souvent, ces tumeurs ont l'aspect des tumeurs à myéloplaxes; il est impossible, dit Honsell, de les différencier. Elles sont constituées par une substance friable, d'un rouge foncé, formant une vraie bouillie splénique; ces caractères se retrouvent aussi bien dans les cas de tumeurs métastatiques malignes que dans les cas de métastases bénignes, ce qui prouve que l'aspect extérieur d'une tumeur à myéloplaxes ne doit pas faire toujours croire à la bénignité. Il semble cependant, dans les cas de tumeurs à évolution bénigne, qu'il y a une réaction osseuse, périphérique plus marquée, la tumeur paraît séparée du reste de l'os comme dans les tumeurs à myéloplaxes. Dans le cas de métastase à évolution maligne, comme l'observation I, l'observation de Kraske, de Feuren, etc., on ne trouvait aucun rempart périphérique; l'os semblait infiltré; la tumeur était sans limite. Peut-être trouvera-t-on dans cette remarque un caractère différentiel entre les deux variétés de néoplasmes.

En dehors de ces signes, il n'y a rien de spécial. Comme pour les

tumeurs osseuses, les tumeurs métastatiques sont plus volumineuses au niveau des os des membres qu'au niveau des os du crâne. Les troubles de voisinage qu'elles peuvent occasionner sont absolument les mêmes et sont subordonnés à leur volume autant qu'à leur malignité.

b) *Métastases pulmonaires.* — Les métastases dans le poumon n'ont jamais atteint une grosseur bien grande, comparativement à celles que nous venons de mentionner et, par suite, n'ont donné naissance, cliniquement du moins, à aucun phénomène. Il s'agit de nodosités molles, de coloration gris blanchâtre ou rougeâtre, dont la grosseur varie entre celle d'une tête d'épingle ou celle d'un pois. Dans le cas de Cohnheim, elles sont complètement séparées des tissus voisins; dans le cas de Metzner, au contraire, une des nodosités avait pénétré dans la paroi d'une bronche, l'avait perforée de telle sorte que les parties de la tumeur faisaient irruption dans la lumière de cette bronche.

En outre, chose remarquable, la plupart des petites nodosités portaient dans le voisinage du bord un anneau de tissu conjonctif plusieurs fois percé et avaient au centre la coupe d'une artère.

Il est difficile de dire si la différence de grosseur entre ces métastases et celle des os repose sur ce fait qu'elles sont plus récentes ou qu'elles proviennent peut-être de formations secondaires de tumeurs osseuses, ou que les conditions de développement sont moins favorables dans le poumon.

Caractères microscopiques. — Les examens histologiques que nous rapportons plus loin, sont suffisamment explicites; pour nous, ces métastases peuvent revêtir deux types : elles sont ou de nature bénigne, ou de nature maligne.

Si la métastase est *bénigne*, on observe la structure typique du corps thyroïde. Les vésicules présentent une grande régularité dans leur volume et dans leur disposition; elles sont remplies de matière colloïde et tapissées d'un épithélium régulier, cubique, à noyaux très nets et fortement colorés. Ce n'est qu'à la périphérie que l'on a noté (Honsell) des cordons épithéliaux. Il n'y a qu'une différence avec la tumeur primitive, dit Honsell, c'est que le parenchyme de la métastase ne présente aucune délimitation nette avec le tissu conjonctif; il le pénètre, au contraire, d'une façon très irrégulière.

Si la métastase est *maligne* (Obs. I), il en est tout autrement. A côté des vésicules thyroïdiennes normales, et disposées régulièrement, on trouve des points de la tumeur où le tissu est plein ou traversé d'étroites lumières; ces boyaux sont bourrés de cellules épithéliales, du même type que celles qui revêtent les vésicules,

mais leur accumulation sur plusieurs rangées et leur désordre donnent à ces points de la coupe un aspect de malignité évidente. (G. Gayet.)

Pour déterminer la nature, bénigne ou maligne, de ces métastases thyroïdiennes, des difficultés histologiques se présentent, analogues à celles qui existent pour les tumeurs thyroïdiennes proprement dites; nous les verrons au sujet de la pathogénie. Nous admettons cependant, au point de vue histologique, la division en métastases malignes et métastases bénignes.

## III. — Symptômes.

On conçoit, d'après ces données rapides d'anatomie pathologique, que les caractères cliniques de ces tumeurs métastatiques soient des plus variables, suivant le siège de la lésion, suivant sa nature.

Disons de suite qu'elles constituent l'affection presque en entier : les *symptômes du côté du corps thyroïde* sont absolument nuls, ou ne donnent rien qui soit capable de retenir l'attention.

Tantôt les malades n'ont aucune lésion extérieure; le corps thyroïde semble absolument normal; sans doute, il existe à son intérieur des noyaux, ou des tumeurs; mais il s'agit de productions peu volumineuses, passant inaperçues.

Tantôt les malades ont un goitre véritable; mais ce goitre ne s'est pas modifié depuis longtemps; il a toujours existé; il est resté stationnaire depuis de longues années; le clinicien le reconnaît, mais, en raison de ses caractères, il ne saurait, *a priori*, établir une relation entre la tumeur osseuse constatée et le corps thyroïde malade; tout au plus pourra-t-il émettre l'hypothèse d'une métastase thyroïdienne, mais sans pouvoir fournir des preuves rationnelles de son existence. Rien, du côté du corps thyroïde, ne rappelle le développement et le tableau clinique si caractéristique du cancer thyroïdien. Aussi, même lorsque l'on n'a pu avoir l'examen histologique, la clinique est-elle suffisante pour permettre d'affirmer la nature bénigne de la tumeur développée dans le corps thyroïde.

Les *symptômes dus à la métastase thyroïdienne elle-même* varient beaucoup; ce sont ceux d'une tumeur osseuse, soit bénigne, soit maligne, ou bien ceux d'un noyau de généralisation viscérale.

c) *Métastases osseuses.* — Parmi les symptômes, nous ne ferons que signaler ceux qui nous ont paru propres aux métastases thyroïdiennes elles-mêmes; ce sont plutôt des particularités d'évolution; car rien ne vient les caractériser d'une façon absolue.

Les *métastases crâniennes* n'ont jamais donné lieu qu'à des signes de réaction de voisinage; les malades ont eu des maux de tête, une sensation de pesanteur. Jamais on n'a eu de signes de compression ou de destruction de la substance cérébrale; ce qui répond à ce fait anatomo-pathologique que nous avons indiqué : l'intégrité longtemps prolongée des méninges que nous avons pu constater chez la malade de M. Jaboulay.

Lorsque la tumeur siège près de l'orbite, on peut avoir des symptômes du côté du globe oculaire et du côté des fosses nasales.

C'est ainsi que la malade de l'observation I avait une déviation du globe oculaire, sans troubles de la vision, sans troubles de la musculature. Il est probable que si la tumeur avait continué à évoluer, d'autres symptômes plus graves seraient apparus.

Du côté des fosses nasales, la malade a eu des épistaxis très violentes, dues à la rupture de la lame criblée de l'ethmoïde, et à l'envahissement même du sinus frontal.

Ces tumeurs crâniennes n'ont jamais été pulsatiles, pour plusieurs raisons : tout d'abord, la substance cérébrale n'était pas mise à nu, et n'était pas envahie; de plus, la vascularisation de ses tumeurs, tout en étant considérable, n'a jamais été suffisante pour réaliser un anévrisme des os. Chez la malade de M. Jaboulay, les battements perçus étaient dus aux artères superficielles, dilatées, mais n'avaient pas pour siège la tumeur proprement dite.

Les *métastases rachidiennes* ont aussi une physionomie clinique qui ne diffère pas de celles que peuvent présenter les autres tumeurs des vertèbres.

Tantôt (Obs. II et X, Cohnheim et Middeldorpf) les tumeurs sont complètement silencieuses, malgré leur extension.

Tantôt (Obs. XI, Jæger) on a eu des douleurs rayonnantes, dues à la compression des racines nerveuses; une raideur de la colonne vertébrale.

Tantôt (Gussenbauer, Middeldorpf, Metzner) on a eu une cyphoscoliose résultant de l'effondrement des corps vertébraux, et on a pu croire à un mal de Pott ou à une ostéomalacie sénile de la colonne vertébrale.

Contrairement à ce que nous avons vu pour les généralisations crâniennes, la substance médullaire est comprimée, soit par envahissement de la tumeur, soit par suite de la déformation de la colonne vertébrale.

On peut alors trouver tous les signes de la compression médullaire, variables suivant la hauteur de la lésion, son siège et son volume.

C'est ainsi que dans l'observation XVIII, il existait une paraplégie complète; dans l'observation IX, c'était une hémiplégie.

Lorsque la tumeur métastatique siégeait au niveau du *sacrum* ou du *bassin*, elle n'a donné lieu à aucun symptôme et a toujours été une trouvaille d'autopsie.

Au niveau des *os des membres*, les tumeurs métastatiques thyroïdiennes n'ont donné lieu à aucune particularité qui permette de les distinguer des autres variétés de tumeurs osseuses. Disons cependant qu'elles affectent l'allure des tumeurs à myéloplaxes; elles semblent assez limitées du côté de la diaphyse. La raréfaction osseuse paraît être assez intense et assez rapide. La malade de Middeldorpf (Obs. XII) se fractura les deux humérus et le fémur; ces fractures sont de véritables fractures spontanées; l'une d'elles s'est consolidée.

On n'a signalé ni transformation anévrysmale, ni signe de compression; aucun d'eux n'est pourtant impossible.

Les *métastases viscérales* n'ont jamais été soupçonnées pendant la vie; dans tous les cas où l'on a noté, à l'autopsie, des noyaux pulmonaires, l'observation clinique ne mentionne aucun symptôme. Si leur développement était plus considérable, on aurait assurément les signes d'un néoplasme pulmonaire.

## IV. — Pathogénie des métastases secondaires des tumeurs bénignes thyroïdiennes.

Si, dans l'évolution des tumeurs malignes, la métastase trouve une explication toute naturelle, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une tumeur bénigne. Aussi, avant de songer à donner une explication de ce fait, en apparence paradoxal, faut-il se demander s'il existe, si véritablement le goitre, tumeur bénigne, est capable de donner des métastases, qui peuvent subir une évolution soit bénigne, soit maligne. N'y aurait-il pas une erreur d'interprétation? Ne s'agirait-il pas de thyroïdes accessoires, anormalement placées? Ou bien, le goitre que l'on avait cru tumeur bénigne ne serait-il pas un cancer véritable?

Ce sont ces deux hypothèses que nous devons éliminer, avant d'essayer de donner une pathogénie.

1) *Hypothèse de thyroïdes accessoires.* — Cette hypothèse a été formulée par Honsell; cet auteur n'a fait que la discuter, en se posant la question de savoir si le caractère bénin des métastases et des tu-

meurs thyroïdiennes primitives n'était pas seulement une apparence.

Dans l'observation de Honsell, le goitre et la tumeur de l'os frontal se sont produits au moment de la puberté; ne peut-on admettre qu'il s'agit là d'une simple thyroïde accessoire, développée en un lieu anormal?

Cette hypothèse est ruinée si l'on se reporte au développement de la thyroïde et des thyroïdes accessoires, si bien élucidé, dans ces dernières années, par les travaux de Sandstrom, de Simon, Gley, Nicolas, et Verdun.

C'est seulement dans la partie antérieure et latérale du cou, dans la partie supérieure du médiastin que l'on rencontre ces formations; on a bien signalé des goitres dans la base de la langue, dans la poignée du sternum; l'embryologie explique cette localisation, anormale au premier abord; mais on ne peut affirmer que des fragments du corps thyroïde peuvent atteindre des régions plus éloignées.

Il ne reste donc, dit Honsell, qu'à considérer les tumeurs des os, des poumons, présentant les caractères d'une glande thyroïde comme des formations secondaires d'une tumeur goitreuse.

2) *Hypothèse de cancer primitif du corps thyroïde : le goitre métastatique n'existerait pas.* — Dans cette hypothèse, on a admis que les goitres qui donnaient naissance aux métastases ne devaient pas être considérés comme des tumeurs bénignes. Eberth et Wolfler l'ont appuyée de toute leur autorité.

Wolfler, surtout, dont les travaux sur l'histogénèse des goitres sont demeurés classiques, soutient cette idée : « Lorsque, dit-il, les cellules glandulaires, emportées par la métastase, ont provoqué, à différents endroits, des tumeurs, qui non seulement grossissent, mais ont encore une action destructive sur les os, la tumeur primitive ne peut être considérée comme bénigne, ni cliniquement, ni anatomiquement, même si la malignité ne peut être établie par un examen microscopique. »

C'est en se basant sur cette idée qu'il range le cas de Cohnheim parmi les adénomes malins de la thyroïde. Il insiste sur la difficulté que l'on a, dans les carcinomes naissants de la thyroïde, à s'apercevoir, à un examen même bien minutieux, de la nature réellement carcinomateuse de la tumeur. Il existe des transitions insensibles entre les formes cellulaires de ces amas embryonnaires, destinés à former, suivant la théorie de Wolfler, soit la tumeur bénigne, soit la tumeur maligne.

Feurer [1], lui aussi, a désigné le cas dont il s'est occupé comme un

1. Feurer, *Festschrift f. Kocher*, 1891, p. 275.

adénome malin, admettant qu'il existe des goitres dans lesquels on ne peut encore établir le diagnostic d'une façon sûre.

D'autre part, Von Eiselsberg et Schmidt, se basant sur le fait que la métastase seule est une preuve de la malignité primitive, ont désigné sous le nom d'*adéno-carcinomes* les goitres formant des métastases, même quand un examen histologique ne démontre l'existence d'aucun tissu carcinomateux.

En somme, toutes ces opinions basées sur des données anatomo-pathologiques mettent en doute la nature bénigne de la tumeur primitive; d'après elles, la métastase serait un fait banal dans l'évolution d'une tumeur maligne, sauf l'aspect de cette dernière qui serait un peu anormal.

*Discussion de cette hypothèse : Le goitre bénin peut donner des métastases.* — Discuter, pour l'anéantir, cette dernière hypothèse, c'est admettre que le goitre avec ses noyaux métastatiques existe réellement. Aux idées d'Eberth, de Wolfler, s'opposent celles de Lucke, Cohnheim, d'Heschl, etc.

Aux arguments des premiers, les seconds en ont opposé d'autres, d'ordre général, d'ordre clinique, et d'ordre anatomo-pathologique.

*a*) Il existe, parmi les autres tumeurs bénignes, des exemples de métastases; nous avons cité, tout au début, des cas de lipome, de chondrome qui se généralisent.

Chacun est libre, dit Honsell, de voir, dans la formation ou non des tumeurs secondaires, un indice suffisant de la malignité de la tumeur primitive, d'autant plus que dans l'étude des tumeurs, les notions de bénignité et de malignité ne sont pas diamétralement opposées, surtout si l'on se place sur le terrain anatomo-pathologique. On se sert des termes d'adénome malin ou d'adéno-carcinome; ces expressions ne renferment-elles pas l'idée que les tumeurs dont il s'agit se rapprochent plus ou moins du caractère glandulaire, quant à la structure, mais se comportent, quant au reste, comme des carcinomes?

*b*) L'observation clinique a montré que toutes ces tumeurs ne se distinguaient en rien des autres goitres bénins.

Tantôt le corps thyroïde paraît normal; tantôt il est augmenté de volume, mais le malade n'aura aucun trouble fonctionnel.

Sans doute, il existe des néoplasmes malins thyroïdiens d'allure un peu spéciale, d'apparence maligne, presque nulle.

Les travaux de M. Poncet et ceux de ses élèves, Orcel, Carrel, signalent des cas de dégénérescence centrale d'un vieux goitre, dans lesquels les symptômes ont été latents plus ou moins longtemps;

on voit souvent aussi dans notre région lyonnaise des goitres calcifiés subir une dégénérescence périphérique ou centrale, de marche très lente. Mais, dans tous ces cas, à une époque plus ou moins tardive de leur évolution, l'augmentation du volume de la tumeur apparaît, et, avec elle, tous les signes fonctionnels, dus à la compression des organes voisins et si facilement reconnaissables.

Ces arguments d'ordre clinique sont de toute importance. Chez la malade de M. Jaboulay, la tumeur existait depuis trente ans; elle n'était pas douloureuse, n'amenait aucune compression des nerfs et des organes de voisinage; son volume n'avait pas varié; pendant deux mois après l'opération et le résultat de l'examen histologique, malgré les examens répétés, il n'y eut ni phénomène douloureux, ni augmentation de la tumeur. Des nouvelles récentes de la malade nous apprennent qu'une récidive au niveau de la région orbitaire est survenue; la tumeur du cou n'a pas du tout varié.

Un seul diagnostic est possible : c'est celui de goitre, peut-être fibreux; mais il ne peut y avoir un seul instant de doute au sujet de la nature bénigne du néoplasme.

*c*) Les arguments d'*ordre anatomo-pathologique* ont reçu une interprétation, variable suivant l'idée que l'on se fait de la structure des adénomes thyroïdiens; il ne nous appartient pas de discuter les opinions émises par des maîtres; nous ne ferons que les rapporter et signaler en même temps les objections qui leur ont été adressées.

C'est en se basant sur l'opinion de Wolfler que l'on arrive à attribuer aux goitres cliniquement bénins une signification anatomo-pathologique de tumeur maligne. Wolfler admet que l'adénome thyroïdien provient de l'accroissement de noyaux thyroïdiens embryonnaires, que l'on retrouve à l'intérieur de la thyroïde adulte; c'est là la formation de l'adénome fœtal avec toutes ses variétés et toutes ses modalités. Dans le goitre colloïde, il existe des proliférations cellulaires diffuses, provenant de ces amas embryonnaires, et qui rappellent l'aspect du cancer. C'est ainsi que l'on arrive par des transitions, insensibles, il faut en convenir, au cancer; et c'est ainsi que l'on a créé le terme, paradoxal du reste, d'adénome malin, ou d'adéno-carcinome. On l'a appliqué aux tumeurs thyroïdiennes, aussi bien qu'à leurs métastases. Telle est la théorie, et d'après elle, le goitre qui donnerait des métastases serait un goitre malin, un cancer thyroïdien, au moins au point de vue anatomo-pathologique.

On a répondu à cette théorie.

Tout d'abord, si l'opinion de Wolfler est exacte, le terme d'adénome thyroïdien devrait être supprimé, car il s'agirait d'une proli-

fération atypique et diffuse, ne correspondant pas du tout à la définition de l'adénome.

De plus, le fait de voir des végétations intra-kystiques ne constitue pas une preuve de malignité réelle; n'en observe-t-on pas dans certains adénomes kystiques du sein?

Sans doute, les cas de transition existent. On a vu, en clinique, des tumeurs bénignes, enlevées depuis plusieurs années, donner des métastases, récidiver sur place, se comporter comme des tumeurs malignes.

Cramer rapporte l'observation d'un homme de quarante-neuf ans, auquel un goitre avait été enlevé, et qui portait une tumeur de la poignée du sternum prise pour un anévrisme de l'aorte. On reconnut qu'il s'agissait d'une tumeur vasculaire reproduisant le type thyroïdien. L'autopsie montra aussi que la tumeur thyroïdienne était un cancer, alors que le premier examen histologique n'avait rien montré de suspect. (Th. de Carrel.) On cite ce fait comme une rareté; mais on ne peut en tirer aucune preuve contre la non-existence des tumeurs bénignes thyroïdiennes donnant des métastases.

Honsell discute aussi un point d'ordre anatomo-pathologique : dans deux cas, des fragments de la tumeur primitive avaient pénétré dans le système vasculaire. Cohnheim (Obs. III) a vu un noyau médian dont une portion pénétrait dans une des veinules qui se rendent dans la veine thyroïdienne inférieure. Il en était de même dans un cas de Middeldorpf (Obs. X). Honsell pense que cette circonstance ne doit pas faire incliner en faveur de la malignité des goitres, car il faut bien cependant, dit-il, qu'une telle invasion ait eu lieu en un point quelconque pour qu'une métastase ait été possible.

Avec Baumgarten, Honsell admet qu'au point d'où elle est partie, où par conséquent s'est produite la pénétration de la tumeur dans le système vasculaire, a dû exister une puissance vitale extraordinaire pour des tumeurs bénignes, une faculté de prolifération augmentée des cellules de la tumeur. Il ajoute que contrairement à ce qui a lieu pour un carcinome, cette augmentation de prolifération semble rester localisée en un point ou au moins en des points isolés et pouvoir se perdre tôt ou tard, car s'il en était autrement, ces tumeurs goitreuses avec le temps devraient se développer au milieu des tissus environnants et se mêler à eux, augmenter rapidement de volume, tandis qu'en réalité, même après la formation de métastases, leur volume reste stationnaire et elles jouissent d'une grande mobilité.

Il ressort de cette discussion que les goitres bénins peuvent bien donner des noyaux métastatiques. Les auteurs qui ont décrit les cas

n'ont pas été dans l'erreur. Jæger, dans sa thèse, faite sous l'inspiration de Krönlein, admet bien cette catégorie de métastases. Il ajoute que l'histologie est incapable de donner un critérium suffisant entre les goitres bénins et les goitres malins. La clinique conserve ses droits; elle nous montre un fait, et rien ne peut contre lui.

### Pathogénie de la production de ces métastases.

Lorsque l'on veut donner une explication de ce fait, on est en présence de plusieurs théories qui, toutes, il faut bien le dire, ne sont encore que des hypothèses.

1° *Théorie de Cohnheim.* — Cohnheim n'attachait pas d'importance à la séparation en fragments de la tumeur primitive; il insistait surtout sur ce fait que les fragments détachés peuvent former de nouvelles tumeurs à l'intérieur de tissus hétérogènes.

Pour vérifier son hypothèse, il injecta des particules de tissu thyroïdien dans la veine jugulaire; aucune d'elles ne continua à se développer, dans l'endroit où elles avaient été introduites. Cohnheim en conclut que l'organisme, placé dans des conditions particulières, anéantit ces particules formant embolie.

Dès lors, pour que la métastase puisse se développer, il faut admettre une résistance insuffisante de la part de l'organisme, et en même temps une augmentation du pouvoir de prolifération des cellules thyroïdiennes. Cette dernière proposition conserve sa valeur, mais la première ne paraît pas devoir être admise.

Lors de l'explication d'un cas de kyste ovarien ayant produit une métastase, Baumgarten avait trouvé cette théorie insignifiante, car elle se base sur une faiblesse spécifique des tissus, admise gratuitement jusque-là, mais nullement établie histologiquement.

De plus, en ce qui concerne plus directement le corps thyroïde, Von Eiselsberg a réussi à implanter et à faire vivre des cellules thyroïdiennes sur un tissu hétérogène.

La question de l'insuffisance de la résistance de l'organisme, qui fait le fond de la théorie de Cohnheim, doit être abandonnée.

2° *Théories de Bontsch.* — Bontsch a essayé de donner une raison du développement des tumeurs métastatiques. Il part de ce fait, que, dans les cas indiqués, la glande thyroïde elle-même était toujours malade, et il voit, dans la formation de la métastase, un phénomène de régénération, « une espèce de défense personnelle de l'organisme contre le danger de la perte de la glande malade ».

Il est incontestable que les métastases, de même que les tumeurs primitives, peuvent dans une certaine mesure remplir les fonctions de la glande thyroïde; le fait a été signalé plusieurs fois à propos des métastases de tumeurs malignes. Mais il est difficile d'admettre une prévoyance pareille de la part de l'organisme, et dans aucun des cas cités, on ne peut acquérir la preuve que la glande thyroïde fût incapable de fonctionner.

Si l'on veut essayer de donner une explication, il faut envisager séparément les deux points suivants : d'une part, l'arrivée en un point éloigné d'un noyau thyroïdien ; d'autre part, l'évolution spéciale de ce noyau métastatique.

1° Comment se fait-il que l'on retrouve des noyaux thyroïdiens en dehors du corps thyroïde et dans une zone éloignée de celle où se localisent les thyroïdes accessoires ?

Deux conditions paraissent jouer un rôle : les unes tiennent à la vascularisation du corps thyroïde; les autres tiennent à la tumeur elle-même.

*a*) On connaît la richesse du corps thyroïde en capillaires sanguins et en capillaires lymphatiques, enfermés dans une capsule au moins au début de leur évolution.

Les capillaires lymphatiques, réduits à leur couche endothéliale, sont appliqués, normalement, contre les follicules, de sorte que l'épithélium thyroïdien n'est séparé d'eux que par la paroi folliculaire; c'est par là que passent les sécrétions thyroïdiennes.

Les capillairès sanguins sont en rapport aussi intime avec les follicules thyroïdiens. Et même, en dehors du corps thyroïde, les veines thyroïdiennes, surtout les veines thyroïdiennes inférieures profondes, comme l'a montré Bérard, sont toutes avalvulées, et il existe une large communication entre la circulation thyroïdienne et les origines des veines bronchiques.

Toutes ces disparitions anatomiques sont des causes, prédisposantes au plus haut chef, pour la généralisation; elles réalisent des voies largement et toujours ouvertes.

Les tumeurs thyroïdiennes n'auront qu'à y déverser une partie de leur contenu ou une de leurs parties constituantes mêmes, ce qui sera d'autant plus facile si l'on songe à leur tendance naturelle de prolifération. Wolfler y avait bien insisté; c'est l'origine, le mécanisme intime de cette prolifération qui ont été discutés; mais le fait est admis.

Telles sont les deux conditions qui président au transport des noyaux thyroïdiens. On peut se demander pourquoi le fait est rela-

tivement rare, car les conditions que nous invoquons sont fréquentes.

En dehors des cas méconnus, on peut admettre que beaucoup de ces fragments thyroïdiens sont détruits par l'organisme, au cours de leur trajet ou à leur point d'arrivée, d'autant plus facilement qu'ils sont de nature bénigne; ce qui semblerait donner un fond de vérité à l'idée première de Cohnheim.

*b*) De plus, ce sont seulement certaines formes de goitre qui donnent des métastases.

L'hypertrophie simple thyroïdienne ne figure pas dans l'étiologie. Par contre, le goitre colloïde y occupe une large place; c'est lui qui est remarquable par les proliférations cellulaires diffuses, que Wolfler faisait naître des amas embryonnaires demeurés silencieux; c'est lui qui a donné lieu à la théorie de l'adéno-carcinome. Le goitre franchement kystique présente aussi des végétations à l'intérieur de la poche, mais elles ont beaucoup plus de tendance à tomber ou à se désagréger dans le liquide kystique qu'à passer dans les capillaires mêmes; la paroi du kyste leur oppose une résistance. Dans les goitres, devenus fibreux ou calcaires, la prolifération est étouffée; mais néanmoins il persiste des points encore en pleine activité et qui peuvent encore fournir des métastases.

2° Parvenu à son lieu d'arrivée, le noyau thyroïdien pourra y vivre pour son propre compte; il pourra demeurer silencieux, il pourra avoir une évolution, soit bénigne, soit maligne.

Ce sont là des faits qui à l'heure actuelle ne sont pas en contradiction formelle avec l'idée que l'on se fait des néoplasmes. C'est ainsi que, dans des néoplasmes franchement malins, on peut voir des tumeurs secondaires d'évolution encore plus rapide et plus maligne; le cancer, souvent si petit en un point quelconque du pharynx, ne donne-t-il pas, comme nous l'a fait remarquer M. Jaboulay, des noyaux secondaires ganglionnaires cervicaux, qui paraissent évoluer pour leur propre compte et qui semblent constituer à eux seuls toute la maladie ?

Si l'on s'adresse aux infections, on peut voir la même discordance : telle synovite fongueuse d'une articulation pourra, par exemple, donner des ganglions symptomatiques, qui arrivent à la suppuration. Les deux affections d'origine semblable ont une allure et une structure différentes.

C'est un phénomène analogue qui se passerait pour les métastases des goitres bénins.

Peut-être la démonstration de la nature parasitaire du cancer viendra-t-elle donner plus de bien-fondé à ces idées, qui sont encore tout hypothèse.

## V. — Pronostic et traitement.

Autant qu'il est permis de tirer des conclusions du nombre de cas examinés, on peut établir le pronostic suivant.

S'il arrive que pendant des années, la métastase ne s'accroît pas de façon appréciable, on ne peut guère s'attendre à un état stationnaire définitif ou à un recul spontané. Tôt ou tard, les tumeurs pourront croître progressivement, provoquer les troubles les plus graves et menacer directement la vie; la tumeur peut s'ulcérer, amener des hémorragies et des troubles variables, en rapport avec son siège et son étendue.

Dans les métastases de tumeurs thyroïdiennes cancéreuses, il existe une sorte de sécrétion thyroïdienne, empêchant ou mieux retardant la cachexie, lui donnant, en tout cas, un caractère tout à fait spécial. Rien de semblable ne paraît exister pour les métastases que nous envisageons : on ne trouve pas notés de phénomènes d'hyperthyroïdisation; il semble plutôt qu'elles s'accompagnent d'une sorte de cachexie générale.

Le traitement que l'on a appliqué dans tous les cas connus n'est pas assujetti à des règles fixes. On s'est adressé soit à la tumeur primitive, soit plus souvent à la tumeur secondaire; on a eu recours aussi au traitement général thyroïdien.

*a*) Von Eiselsberg a recommandé d'extirper la tumeur primitive pour prévenir la formation de nouvelles métastases. Il ne s'agit, bien entendu, que d'une intervention partielle sur le corps thyroïde (thyroïdectomie partielle ou énucléation intra-glandulaire).

Cette opération n'est indiquée que si l'on se trouve en face d'une métastase unique que l'on aura opérée et reconnue de nature thyroïdienne, et encore, on peut se demander s'il est utile d'enlever ces goitres qui sont demeurés silencieux pendant longtemps et qui ne menacent nullement de s'accroître.

*b*) Le *traitement général thyroïdien* a été réalisé par les tablettes thyroïdiennes. Jæger rapporte bien des cas dans lesquels on a ainsi essayé d'enrayer le développement des métastases.

« Mais on ne peut porter, dit-il, aucun jugement encore sur le résultat de ce traitement; toutefois, après les résultats obtenus sur les tumeurs primitives par l'usage de ces tablettes, on peut s'attendre à ce que les métastases de même nature se laissent influencer de la même façon. » Il est douteux que sur les métastases à allure maligne on ait quelque effet. Cependant, on peut essayer le traite-

ment thyroïdien en premier lieu; on est toujours à temps de recourir à un traitement plus énergique à la moindre menace d'accident.

c) *Traitement chirurgical.* — Le traitement chirurgical consiste dans l'extirpation de la tumeur métastatique, aussi bien pour en obtenir la disparition que pour atténuer ou supprimer les symptômes qu'elle détermine. Il n'est pas toujours possible, dans tous les cas : c'est ainsi que l'on ne songera pas à extirper des noyaux de la colonne vertébrale ou du bassin. C'est seulement au niveau des membres que les extirpations ont été pratiquées, surtout si l'on a affaire à une localisation unique.

Si l'on en croit la plupart des auteurs, il s'agit là d'opérations des plus graves, à cause du manque de délimitation de la tumeur.

Honsell cite le cas de Kraske, qui, sur un malade atteint d'une métastase du crâne de la grosseur d'une noisette, dut pratiquer l'ablation en deux fois, à cause d'une hémorragie très abondante.

Dans le cas de Feurer, Honsell dit que l'opération fut rendue difficile au plus haut point, à cause de l'hémorragie et de l'incertitude de la topographie; « on ne pouvait absolument plus s'orienter, dit-il, et savoir si le doigt de l'opérateur se mouvait dans la tumeur ou dans le grand hémisphère cérébral envahi par la tumeur. Finalement, on ne put faire une ablation complète des tissus malades ».

Dans les cas de Von Eiselsberg et de Gussenbauer, il s'est produit une forte hémorragie arrêtée par un tampon.

Dans un cas, mentionné par Jæger, on dut se borner, toujours à cause de l'hémorragie, à gratter les masses avec la curette et le doigt. Il est évident qu'en raison de ces difficultés techniques, les chances de succès sont un peu diminuées.

Dans l'observation de M. Jaboulay, on n'a pas noté de gros accidents opératoires; l'hémorragie fut assez forte, mais des tampons fortement serrés dans la coque osseuse ont pu l'arrêter facilement, et l'opération a été aussi complète que possible. M. Jaboulay a laissé les tampons en place; ils se sont éliminés peu à peu, et il est resté une cavité qui s'est comblée relativement vite.

Les *résultats* de ces extirpations ne sont pas toujours connus.

Tantôt, on a eu une réapparition de la tumeur. Tantôt, il semble que l'on puisse parler de guérison; l'opération de Kraske date de trois ans. Celle de M. Jaboulay date d'un an; pendant six mois la malade, malgré la grande malignité de son néoplasme, n'a pas vu réapparaître la tumeur; elle a eu seulement, il y a quelque temps, une épistaxis; fallait-il alors parler de récidive, ou d'une fragilité, facile à comprendre, des vaisseaux de la muqueuse nasale à ce

niveau? Le résultat n'était pas encore assez éloigné pour se prononcer. Il y a denx mois, la récidive est survenue très rapidement, s'accompagnant de déviation oculaire et d'épistaxis; ce qui ne fait que confirmer le diagnostic de la nature maligne de la tumeur.

Dans les cas de tumeur des os longs, le traitement conservateur n'a pas été essayé. On a fait un *traitement radical*; Honsell pense que c'est à cette seule condition que les résultats deviendront meilleurs. Riedel a fait la résection de la mâchoire inférieure; Gœbel a désarticulé la hanche. On ne peut pas encore apprécier ce mode de traitement. *A priori*, il semble devoir être de mise dans les cas de métastase maligne; mais alors la métastase a bien des chances pour n'être pas isolée, et il semble inutile d'y recourir à moins que l'on ait la main forcée par des accidents déterminés localement.

S'il s'agit d'une métastase bénigne, l'extirpation, pure et simple, suivie du tamponnement de la cavité, nous paraît être la méthode de choix. Nous avons vu M. Jaboulay avoir d'excellents résultats, en employant ce procédé, dans le traitement des tumeurs à myéloplaxes des membres. La cavité osseuse est nettoyée, puis tamponnée.

Dans un cas de tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du radius, l'os en entier était détruit. M. Jaboulay tamponna la vaste perte de substance résultant de l'ablation de la tumeur. Une coque osseuse se produisit autour des tampons et actuellement le malade possède un avant-bras solide, avec une main très utile.

Si l'on admet qu'il s'agit de tumeurs thyroïdiennes osseuses bénignes, ou d'une malignité relative, il est logique de se comporter comme pour les tumeurs à myéloplaxes, qui sont des tumeurs bénignes.

## OBSERVATIONS.

OBSERVATION I. (Service de M. le Prof. JABOULAY.) — *Goitre bénin avec métastase thyroïdienne maligne dans le rebord orbitaire (angle interne) de l'os frontal gauche.*

Marie G..., soixante-cinq ans, couturière, entre à l'hôpital, service de M. le Prof. Jaboulay, le 13 octobre 1902.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère morts âgés. Trois frères ou sœurs morts en bas âge.

*Antécédents personnels.* — Pas d'affection antérieure. Aucun signe de tuberculose. Un accident il y a trois ans.

Début de l'affection actuelle il y a quatre mois. La malade, qui exerce la profession de couturière, n'a plus pu continuer son travail. Elle ne pouvait plus fixer son regard sur son ouvrage.

Quelques jours après, la région sourcilière et l'angle interne de l'œil gauche se tuméfièrent. Cette tuméfaction était intermittente ; à certains moments, elle augmentait de volume. L'œil n'est pas très projeté en avant ; la région palpébrale du côté gauche est soulevée. La tuméfaction s'étend vers la racine du nez. La paupière fait parfaitement son occlusion. La queue du sourcil est abaissée.

La pression est douloureuse, surtout au niveau de la paroi supéro-interne de l'orbite. La paroi du sinus frontal est comme projetée en avant.

La fente palpébrale est peu modifiée. La musculature externe de l'œil fonctionne normalement. La pupille réagit à la lumière. La vision est conservée, mais la malade ne peut pas fixer les objets.

Pas de diplopie. Pas d'anesthésie dans le domaine du sus-orbitaire, du sous-orbitaire, pas d'anesthésie cornéenne.

Depuis six jours, la malade a eu quelques épistaxis. Auparavant elle mouchait du sang. Pas d'écoulement purulent par les narines.

Adénite sous-maxillaire à droite, sus-claviculaire. Dents mauvaises.

Au cou, tuméfaction très ancienne de la glande thyroïde qui n'a pas augmenté ces derniers temps. Depuis deux ans, le cou aurait plutôt diminué de volume. Rien au cœur. Aucun symptôme de compression cérébrale. Épiphora.

En résumé, la marche de cette tumeur de la paroi supéro-interne de l'orbite a été rapide, douloureuse, envahissante. De gros vaisseaux la recouvrent. Elle est pulsatile, extensible, animée d'un mouvement de projection en avant, synchrone au pouls.

Deux hémorragies nasales consécutives ont nécessité le tamponnement des fosses nasales.

Une intervention s'impose.

*Intervention.* — M. le Prof. Jaboulay fait une incision courbe, parallèle au sourcil, qui le conduit sur la tumeur, sous les téguments. La tumeur est enlevée et à sa place existe une perforation du frontal au travers de laquelle se perçoivent les méninges et les battements propagés du cerveau. C'étaient eux qui donnaient à la tumeur ses pulsations antéro-postérieures avant son ablation. Les bords de la perforation furent agrandis pour enlever le tissu suspect et un tamponnement placé dans la plaie opératoire. Celle-ci évolua normalement ; les tampons furent peu à peu retirés ; il ne reste aujourd'hui qu'une perforation large comme une pièce de 50 centimes ; l'œil est redevenu à peu près parallèle à l'œil droit.

La glande thyroïde est hypertrophiée, mais sans signes physiques ni fonctionnels de malignité. Elle a ce volume depuis *trente ans* ; elle est uniformément dure, non douloureuse, mobile à la déglutition, sans douleur spontanée ou provoquée, sans, surtout, ces douleurs occipitales qui sont caractéristiques de la dégénérescence d'un vieux goitre.

Cette glande malaxée, triturée, un nombre incalculable de fois depuis deux mois, depuis l'époque où l'on connaît les résultats de l'examen histologique, n'a pas varié dans ses caractères physiques.

On peut donc dire qu'elle est *cliniquement bénigne.*

*Examen histologique* (fait par M. G. Gayet [1]). — Le fragment qui a été remis à M. G. Gayet a été pris en pleine tumeur, celle-ci étant friable et ayant été dilacérée par les manœuvres opératoires. Après fixation au sublimé, durcissement aux alcools, inclusion à la paraffine, M. Gayet a fait des coupes au microtome et les a colorées à l'hématoxyline-éosine et au picro-carmin.

A un faible grossissement, on note que les coupes présentent une structure uniforme dans toutes leurs parties, sans capsule ni noyau différenciés. Il s'agit d'un tissu lacuneux aréolaire; les aréoles sont plus ou moins grandes, les unes vides, les autres remplies d'une substance amorphe, légèrement teintée par l'éosine. En quelques points, on trouve des hémorragies.

A un plus fort grossissement (Leitz, obj. 4, ocul. 4), on distingue le revêtement épithélial de ces alvéoles sous forme d'une rangée de cellules cubiques, à noyaux fortement colorés et disposés régulièrement.

Dans l'intérieur, la substance colloïde, plus ou moins rétractée, remplit imparfaitement la cavité. Par son côté externe, l'épithélium est en rapport avec un tissu conjonctif lâche. Mais à côté de ces vésicules qui sont évidemment des vésicules de tissu thyroïdien d'aspect à peu près normal, on trouve des points de la tumeur où le tissu est plein ou traversé seulement d'étroites lumières; ces boyaux pleins sont bourrés de cellules épithéliales du même type que celles qui revêtent les vésicules, mais leur accumulation sur plusieurs rangs et leur désordre donnent à ces points de la coupe un aspect de malignité évidente. Par endroits même, il n'y a plus de boyaux, mais une masse de cellules sans aucune tendance à une orientation quelconque.

Ces caractères sont encore plus évidents avec un fort grossissement (obj. 7); on voit dans les points de dégénérescence maligne les cellules s'accumuler en amas irréguliers, devenir plus petites et présenter des noyaux vivement colorés, irréguliers.

En somme, il s'agit d'une tumeur à type thyroïdien, dont certaines parties reproduisent exactement le tissu thyroïdien normal et dont certaines autres parties affectent les caractères d'un épithélioma d'une haute malignité.

*État de la malade depuis l'opération* (6 mars 1903). — L'état général de la malade reste bon. L'appétit est excellent, la digestion facile. Le goitre reste stationnaire. La plaie du front consécutive à l'opération se ferme petit à petit, mais les maux de tête sont revenus. L'œil gauche malade est dans un état moins satisfaisant. Il y a de l'épiphora.

*Juillet 1903.* — La tumeur n'a pas récidivé.

*Octobre 1903.* — Vers le milieu du mois d'août la tumeur a pris un développement considérable; les troubles oculaires sont revenus; les épistaxis sont abondantes; la malade refuse une intervention. Son état général

1. Nous remercions M. G. Gayet de la complaisance qu'il a apportée dans l'examen de cette pièce et du résultat histologique qu'il a bien voulu nous confier.

décline; une terminaison fatale est proche. La tumeur thyroïdienne n'a pas augmenté de volume.

Obs. II. — Honsell, *Beitræge z. klin. Chirur.*, 1899. — *Goitre bénin du type gélatineux formant une métastase dans l'os frontal.*

Marie D..., âgée de vingt ans, fut opérée dans sa treizième année, en 1898, d'un kyste à la tête. On n'a retrouvé aucun détail sur la tumeur et les opérations faites alors. Depuis cette époque environ, elle constata l'apparition d'une grosseur qui s'accrut sans cesse et rendit dès lors la respiration difficile.

Février 1896. — *Première entrée dans la clinique.* Chez cette jeune fille développée normalement à tout autre point de vue, on remarque à la partie antérieure droite du cou une tumeur mobile, remontant au moment de la déglutition, non fluctuante, qui d'après sa situation, correspondait au lobe droit de la glande thyroïde; on remarqua, en outre, une légère augmentation du lobe gauche. Lors de l'opération on s'aperçut que nulle part le goitre n'avait d'adhérences anormales avec les tissus voisins. Une partie de la glande, de la grosseur d'un œuf de poule et appartenant au lobe gauche, fut laissée; le reste de l'organe fut enlevé. Cicatrisation normale. Dix jours après, la malade sortait de la clinique.

Novembre 1898. — *Nouvelle entrée.* Le reste du goitre n'a grossi dans l'intervalle que d'une façon insensible, sans provoquer aucune douleur; par contre (pendant le dernier trimestre, de l'avis de la malade), s'était formé sur le front, à la base des cheveux, exactement à la place du premier kyste opéré, un renflement léger, mais très perceptible.

Il est gros comme un œuf de pigeon, de consistance molle, et il semble se continuer à l'intérieur de la boîte cranienne à travers une perforation de l'os de même dimension que lui-même. Il ne présente toutefois ni pulsation, ni avancement appréciable lors d'une toux ou d'une inclinaison de la tête.

Les bords de la cavité sont nettement palpables, irréguliers et à la partie antérieure, perpendiculaires à la surface du renflement. Au-dessus de la tumeur la peau présente une cicatrice linéaire; à part cela, elle est normale.

*Opération* (décembre 1898). — Après avoir divisé la peau par une incision sagittale de six centimètres de long, on rencontre un tissu mou, d'un vert foncé, saignant fortement lorsqu'on le blesse et présentant une analogie frappante avec un goitre colloïde. Ainsi qu'on l'a déjà établi cliniquement, à proximité de la grosseur, l'os crânien manque; à l'extérieur, elle forme une capsule de tissu conjonctif solide et se continue dans le périoste voisin de l'os frontal; à l'intérieur on n'a trouvé aucune limite de la tumeur bien que l'excision ait été poussée au-dessous de l'os frontal. Si l'on s'en rapporte à l'examen de la tumeur pratiqué immédiatement (Institut pathologique du Prof. Baumgarten), il s'agit, en réalité, d'un tissu histologiquement analogue à celui du goitre colloïde, sans apparence de malignité. S'en rapportant à cette dernière constatation et devant l'absence de délimitation

de la tumeur, on renonça à une extirpation radicale ; suture des tissus. Guérison normale.

*Préparation.* — Le goitre extirpé a à peu près la grosseur du poing; il est entouré de toutes parts par une capsule épaisse d'un demi-centimètre; la coupe transversale montre qu'il est formé d'une série de nodosités de la grosseur d'une noix. Sa structure histologique correspond complètement à celle d'un goitre colloïde. La masse principale de la tumeur est formée de grands follicules colloïdes avec épithélium cubique ; à côté de ceux-ci on rencontre, tantôt en grand nombre, tantôt en nombre plus restreint, des follicules plus petits et enfin des îlots d'épithélium ovales et filiformes qui caractérisent les tissus d'une grande vitalité.

On ne rencontre nulle part des tissus pouvant être considérés comme carcinomateux.

La tumeur dans l'os frontal présente la même structure, de sorte qu'au premier examen microscopique, le diagnostic pouvait conclure à une métastase. Les follicules présentent une grande régularité de forme et de grosseur et tous, jusqu'aux plus petits, sont remplis de matière colloïde ; les cordons épithéliaux y sont rares et se retrouvent surtout à la périphérie de la tumeur ; il n'y a de différence avec la tumeur primitive qu'en ce que le parenchyme de la métastase ne présente aucune délimitation nette avec le tissu conjonctif; il le pénètre au contraire d'une façon très irrégulière.

Si l'on s'en tient aux résultats de l'examen histologique de la tumeur thyroïdienne et de la métastase et à toute l'allure clinique de la première (*croissance lente*, *manque d'adhérences anormales avec les tissus voisins*, *grossissement insensible de ce qui reste après son extirpation*), il ne peut être question, dans le cas qui nous occupe, que d'un goitre bénin formant une métastase, bref, du type du goitre gélatineux.

La métastase, elle aussi, ne semble avoir grossi que très lentement, puisque, pendant plusieurs semaines d'observation, elle ne s'est accrue que d'une quantité à peine perceptible.

On n'a pas d'indication sur l'époque de son éclosion ; on peut toutefois admettre qu'il s'agit de la même tumeur opérée il y a sept ans, dont les restes dans le cours des ans, peut-être à la suite d'une longue période d'incubation, ont donné naissance à une nouvelle tumeur qui n'a été remarquée de la patiente que trois mois avant la deuxième opération.

OBS. III. — COHNHEIM, *Archives de Virchow*. — *Goitre gélatineux avec métastases.*

Une femme âgée de trente-cinq ans entre dans un service de chirurgie fin octobre 1875. Depuis Pâques de la même année, cette femme se plaignait de ressentir une douleur sourde du côté de la fesse gauche. A sa réception à l'hôpital fin octobre, on ne sentit rien ni extérieurement ni intérieurement, et on ne découvrit aucune tumeur au niveau du bassin.

L'articulation du genou était tuméfiée et douloureuse à la pression. La fièvre, qui était de 39°,5, s'éleva de plus en plus jusqu'à ce qu'on eût évacué le liquide qui était dans l'articulation.

Au milieu de novembre, la fièvre remonta et on constata à ce moment, du côté de l'articulation sacro-iliaque gauche, une légère fluctuation.

L'abcès formé fut incisé et le fond gratté à la curette.

Dans la suite, l'état de la malade s'aggrava. La malade maigrit de plus en plus et succomba le 9 novembre 1875 à la suite de ces arthrites suppurées du genou et de la symphyse sacro-iliaque gauche.

*Autopsie.* — A l'autopsie, le Prof. Cohnheim rencontra des lésions viscérales très curieuses.

Poumons parsemés d'un grand nombre de noyaux mous, gros comme une tête d'épingle ou un pois, nettement délimités du tissu environnant.

Coloration variable, généralement gris blanchâtre ; consistance gélatineuse. La masse entière était transparente. Les ganglions bronchiques hypertrophiés, de consistance analogue, présentaient la plus grande ressemblance avec le goitre gélatineux.

Les deux lobes de la glande thyroïde étaient hypertrophiés, surtout le lobe gauche.

A droite, la structure paraissait normale, tandis que le côté gauche offrait l'aspect typique du goitre gélatineux.

La glande thyroïde ne présentait absolument rien d'anormal, ni adhérences avec les organes voisins, ni dilatation des vaisseaux, ni altération inflammatoire quelconque. Un examen très minutieux fit découvrir un petit noyau médian dont une portion pénétrait dans une des veinules qui se rendent dans la veine thyroïdienne inférieure.

Le corps des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires contenait des noyaux analogues, pareils à de la gelée de groseille ; enfin, un dernier noyau, gros comme une noix, existait dans le fémur droit; tout le reste du squelette était sain.

*Examen microscopique.* — La première coupe pratiquée dans un des noyaux des poumons montra l'image complète et typique du tissu de la glande thyroïde, c'est-à-dire de magnifiques follicules circulaires ou elliptiques, entourés d'une couche unique d'épithélium cylindrique aplati, et remplis d'une masse gélatineuse hyaline, colorée en jaune. La même structure se retrouva invariablement dans tous les organes lésés.

OBS. IV. — VON EISELSBERG, *Annales de la Société allemande de Chirurgie. — Goitre bénin avec métastase au niveau du crâne.*

Homme âgé de trente-sept ans, *souffrant depuis l'âge de vingt ans* d'une importante tumeur goitreuse. En quatre ans s'est développée, au niveau du crâne, sur la ligne médiane, entre les deux os pariétaux, une tumeur de la grosseur du poing.

*Opération.* — L'opération montre que la tumeur a perforé la boîte crânienne et qu'elle se continue avec la dure-mère. On s'éloigne de ce prolongement intra-crânien. On laisse un fragment de la dimension d'un thaler.

Quatre ans plus tard, à cet endroit, apparaissent quatre nouvelles tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Le goitre est resté *presque stationnaire*; le patient ne souffre pas et peut travailler.

*Diagnostic microscopique de la tumeur extirpée*: Adénome typique de la glande thyroïde avec formation de substance colloïde.

Obs. V (résumée). — Kraske (même Traité). — *Goitre bénin avec métastase crânienne.*

Femme âgée de cinquante-trois ans, atteinte d'une tumeur du corps thyroïde. Seconde tumeur solide, indolente, sur l'os frontal. D'après le dire de la malade, cette dernière s'est constituée dans l'espace de six semaines, à la suite d'un coup.

L'opération fit découvrir que la tumeur venait du diploé de l'os qu'elle avait perforé à l'extérieur comme à l'intérieur.

Extirpation en deux fois, à cause d'abondantes hémorragies. Après trois ans, aucune récidive. La tumeur goitreuse reste stationnaire.

Examinée au microscope, la tumeur du frontal se compose d'une structure analogue à celle de la glande thyroïde dont le volume est augmenté.

Obs. VI (résumée). — Riedel (même Traité). — *Goitre bénin avec métastases.*

Tumeur de la mâchoire inférieure chez une personne de quarante ans, soignée sept ans avant le commencement des douleurs. Trois ans après, extirpation incomplète par résection de la moitié de la mâchoire inférieure.

Pas de grossissement sensible de la glande thyroïde. L'examen fit découvrir une tumeur occupant le centre de l'os maxillaire inférieur et d'une structure que l'examen microscopique révéla semblable à celle de la glande thyroïde.

Dix ans seulement après l'opération, apparition d'une tuméfaction au niveau de la mâchoire (récidive).

Obs. VII (résumée). — Feurer, *Festschrift für Kocher*, 1891, p. 275. — *Goitre gélatineux avec métastase au niveau du pariétal gauche.*

Femme âgée de cinquante-huit ans, portant un goitre de la grosseur d'un petit poing. A la suite d'un coup, dit la malade, dans l'espace d'un an, pendant lequel elle souffrit de violents maux de tête, apparut et se développa une tumeur de la dimension d'un poing d'adulte, au niveau de l'os pariétal gauche. Elle perfora la boîte crânienne.

Diagnostic : Sarcome.

*Extirpation*, mais abandon des restes de la tumeur par suite de l'orientation difficile et d'une abondante hémorragie. Dix mois plus tard, mort.

*Autopsie.* — L'autopsie montra que de nouvelles tumeurs s'étaient produites à proximité de l'ouverture du crâne.

L'examen histologique (Prof. Langhans) montra que la tumeur de la glande thyroïde et la tumeur crânienne étaient formées d'une texture absolument semblable à celle du goitre gélatineux.

Obs. VIII (résumée). — Riedel (même Traité). — *Goitre bénin avec métastase dans le maxillaire inférieur.*

Chez une malade souffrant d'une tumeur goitreuse extrêmement volumineuse, on fit la résection de la moitié de la mâchoire inférieure pour une tumeur métastatique occupant la partie centrale de cet os et développée en l'espace de quatre mois.

Il y a quatre ans de cela. Aucune récidive depuis.

Obs. IX (résumée). — Gussenbauer (même Traité). — *Goitre bénin avec métastases osseuses de la colonne vertébrale.*

Gussenbauer trouva, chez une femme atteinte, après de violentes douleurs généralisées, d'une paraplégie des deux jambes et d'une cyphoscoliose des dernières vertèbres thoraciques, une tumeur élastique, sans fluctuation, sur le côté droit des dixième et onzième vertèbres thoraciques.

Existence simultanée d'un goitre volumineux, mais bénin.

Extirpation de la tumeur, après perforation de l'os à l'aide de la curette. Après l'opération, l'hémiplégie persista et il se fit une récidive locale.

Diagnostic microscopique : Adénome typique de la glande thyroïde.

Obs. X. — Middeldorpf, Thèse de Metzner (Marbourg, 1894). — *Goitre bénin formant métastases osseuses.*

Femme âgée de cinquante-six ans, porteur d'un petit goitre mobile ; la mère et le mari sont morts de tuberculose pulmonaire ; elle-même s'est toujours bien portée. Réglée à quinze ans. Cinq enfants, dont un est mort de diphtérie après cinquante-deux jours de traitement.

Il y a un an et demi, la patiente se plaignit d'une douleur au pied gauche et commença à boiter ; quelques semaines après, elle remarqua du côté gauche de la cuisse une tuméfaction. Dans ces derniers temps, la douleur irradiée à la jambe devint plus forte. La tuméfaction sembla devenir fluctuante.

L'articulation de la hanche était saine et on ne découvrit rien à la colonne vertébrale.

A une légère pression du bassin et de l'épine iliaque antéro-supérieure, la malade accusait une douleur dans la région de la tuméfaction.

Rien de spécial au cœur et aux poumons.

Urines sans sucre ni albumine.

En tenant compte de l'hérédité de la malade et de l'état local, on fit le diagnostic de processus tuberculeux au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

On fit une ponction suivie d'une injection d'éther iodoformé à 10 p. 100.

Quelque temps après, la malade constata une tumeur douloureuse à la nuque qui devait exister depuis quelques semaines.

Cette tumeur était arrondie, de la grosseur d'une pomme et paraissait fluctuante, mais non pulsatile. La peau qui la recouvrait était sans changement et non adhérente. On fit le diagnostic de processus tuberculeux au niveau du crâne et on décida une opération.

Après incision de la peau, on tomba sur une tumeur très vasculaire et saignante dont on incisa un morceau pour en faire l'examen.

On dut renoncer à une opération radicale, la malade possédant une seconde tumeur au niveau du bassin.

La guérison de la plaie se fit bientôt sans réaction, avec une cicatrice linéaire.

A l'examen du morceau de tumeur enlevé, on vit qu'on n'avait pas affaire n sarcome, mais à une tumeur très vasculaire, qui avait la structure d'un adénome et d'un adénome du corps thyroïde.

Il présentait des follicules caractéristiques avec un épithélium cubique et du suc colloïde.

On se porta sur la tumeur primitive et on remarqua au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit un nodule strumeux de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui était très mobile, indolore et ne gênait pas la déglutition.

La malade ne savait rien de cette tumeur et ne put dire quand elle avait commencé.

Elle resta encore un mois à l'hôpital, sans avoir rien perdu de ses forces.

Les deux tumeurs s'accroissaient et la tumeur de la nuque provoquait des douleurs de tête chez la malade. La peau qui recouvrait la dernière tumeur était intacte.

Le 12 septembre 1892, la malade rentra chez elle. On resta longtemps sans avoir de ses nouvelles. On l'a reçue de nouveau à l'hôpital le 2 avril 1893.

Il y a trois semaines, comme elle sortait de chez elle, elle se fracturait la cuisse droite et, quatre jours après sa réception à l'hôpital, elle se fracturait la cuisse gauche.

Dans le transport à l'hôpital, la malade se fit une fracture au bras droit.

A sa réception, on trouva une fracture du col chirurgical de l'humérus droit et aux deux cuisses, une fracture sous-cutanée dans le tiers moyen. Les fragments de ces deux dernières fractures possédaient une mobilité anormale.

Depuis l'entrée à l'hôpital, la tumeur de la nuque avait atteint la grosseur d'un poing d'adulte. La peau n'avait subi aucune modification.

Au-dessus de la tumeur, cicatrice linéaire adhérente.

La tumeur était pulsative et à la base on sentait une sorte de bourrelet osseux irrégulier.

Pas de troubles de la sensibilité. Pas de paralysie.

Abdomen douloureux.

Rien au cœur ni aux poumons. Urines contiennent un peu d'albumine.

*Aucun changement dans l'état de la tumeur thyroïdienne primitive.*

État général devenu mauvais. Œdème de décubitus.

Le 14 mai, fracture du bras gauche au niveau du col chirurgical, au moment où on changeait la malade de lit.

La fracture du bras droit s'était consolidée le 17 mai. Celle du bras gauche le fut le 3 juillet.

Fracture de la cuisse traitée au moyen de l'extension.

État général de la malade de plus en plus grave.

Augmentation des douleurs et de l'œdème.

Mort le 3 septembre. La tumeur secondaire et la tumeur primitive n'avaient pas sensiblement augmenté.

*Autopsie.* — L'autopsie fit découvrir dans les poumons plusieurs nodosités de la grosseur d'un pois ou d'un grain de chènevis ; la tumeur de l'occiput avait atteint la grosseur d'un poing d'adulte, avait pénétré à travers l'os et par endroits même à travers la dure-mère. On trouva d'autres tumeurs dans les vertèbres lombaires, dans le sacrum, les os du bassin ainsi que dans les parties supérieures de l'humérus et du fémur.

*Examen histologique.* — Adénomes bénins ayant la structure de la tumeur primitive, c'est-à-dire de la glande thyroïde elle-même.

Follicules caractéristiques avec épithélium cubique et dans leur intérieur, suc colloïde.

Obs. XI (résumée). — Jæger. — *Goitre bénin formant métastases dans le sacrum, à la nuque, dans la colonne vertébrale.*

Une femme de soixante-neuf ans, qui depuis dix ans avait un goitre, prétend avoir remarqué, à la suite d'un coup, une tumeur dans la région du sacrum et un peu plus tard une autre à la nuque.

A son entrée à l'hôpital, on trouva un goitre mobile, de grosseur moyenne, empiétant sur la trachée ; de plus, on découvrit une tumeur dans la région de la nuque intéressant les sixième et septième vertèbres cervicales et la première vertèbre dorsale, et une deuxième tumeur vers les troisième et quatrième vertèbres lombaires. Cette dernière fut extirpée, malgré une abondante hémorragie.

Diagnostic microscopique :

Adénome de la glande thyroïde.

Obs. XII (résumée). — Gœbel, *Revue de Chirurgie*, vol. XLVII, p. 348. — *Goitre bénin avec métastases dans le fémur.*

Une femme de cinquante-quatre ans, atteinte d'une tumeur goitreuse de grosseur moyenne, était tombée, il y avait deux ans et demi, et s'était brisé la cuisse entre le milieu et le tiers inférieur. Guérison avec raccourcissement.

Trois mois plus tard, nouvelle fracture, cette fois sans consolidation. Dans la région voisine, on constate une tumeur. Désarticulation du fémur.

Diagnostic histologique : métastase de goitre bénin.

Obs. XIII (résumée). — Muzio, *Journal de l'Académie de Médecine de Turin*, 1897. — *Goitre bénin avec métastase dans l'os iliaque droit.*

Chez une femme âgée de quarante-huit ans, souffrant depuis dix ans d'un goitre de grosseur moyenne, s'était développée, à la suite d'un coup, une tumeur au niveau de l'os iliaque droit qui, sans provoquer de douleurs, atteignit en deux ans la grosseur d'une orange.

Extirpation.

Diagnostic microscopique : goitre colloïde.

Obs. XIV (résumée). — Eiselsberg. — *Goitre bénin colloïde formant une métastase maligne dans le sternum.*

Homme de soixante-douze ans, venu d'un pays goitreux ; il y a six ans, il avait reçu un coup sur le sternum ; il était survenu une tumeur dure, du volume d'un œuf. La glande thyroïde était un peu tuméfiée ; dans le lobe gauche, on percevait quelques noyaux durs.

Le malade mourut après extirpation de sa tumeur sternale.

On trouva un goitre colloïde dans le lobe gauche du corps thyroïde.

La *tumeur métastatique* se composait de tissu vasculaire, avec des formations colloïdes kystiques. L'auteur ajoute qu'il s'agit d'un *adéno-carcinome métastatique.*

Obs. XV. — Eiselsberg. — *Goitre bénin envoyant des métastases malignes dans les os du crâne.*

Homme de trente-huit ans, porteur d'un goitre bénin dans le lobe gauche de la thyroïde.

A l'autopsie, on trouva des noyaux adénomateux dans le corps thyroïde.

A la base du crâne, on trouva une tumeur envahissant le corps du sphénoïde ; l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome thyroïdien.

Il y avait dans le poumon quelques noyaux métastatiques.

Obs. XVI. — *Goitre colloïde avec métastase maligne.*

La tumeur primitive était constituée par un noyau colloïde thyroïdien.

Il y avait des métastases secondaires malignes dans les vertèbres, les côtes, l'os iliaque, le poumon.

Obs. XVII. — Litten, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1889, p. 1094. — *Adénome gélatineux thyroïdien, avec métastases secondaires multiples.*

Au Congrès de Médecine de Berlin, 1889, Litten rapporta l'observation d'un goitre gélatineux, ayant envoyé des métastases dans l'os fémoral, les vertèbres lombaires et le bassin.

Obs. XVIII. — Hollis, *The Lancet*, 28 mars 1903, p. 884. — *Paraplégie déterminée par des néoplasies méningo-spinales multiples, de nature thyroïdienne.*

Un homme âgé de quarante-cinq ans fut admis à l'hôpital Sussex County le 12 décembre 1901.

Ses deux parents étaient morts ; il y avait une histoire de tuberculose du côté de la mère.

A l'âge de seize ans, blennorragie, sans syphilis.

Marié depuis quelques années ; il buvait couramment un litre de bière par jour.

Depuis le mois de mars dernier, il avait eu quelques attaques de lumbago

d'intensité variable ; quatre ou cinq d'entre elles furent très violentes ; en même temps, il souffrait de céphalée violente et de vomissements.

Une semaine environ avant son entrée à l'hôpital, il fut paralysé du membre inférieur gauche, puis du membre inférieur droit. Rapidement survinrent une paralysie totale, motrice et sensitive, des deux membres inférieurs ainsi que des douleurs en ceinture.

A son entrée, le malade semblait bien portant ; aucune paralysie des muscles de la face ; organes des sens absolument normaux.

Anesthésie complète depuis la dixième vertèbre dorsale et en avant, immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes. Incontinence du sphincter anal. Large eschare au niveau du sacrum. Réflexes rotuliens abolis. Le réflexe plantaire était plus faible à droite.

Urines alcalines contenant du pus, des spermatozoïdes, du sang et du mucus.

Température normale ; plus tard, elle demeura normale et même au-dessous de la normale.

Le malade demeura ainsi pendant un mois. Sa vessie fut lavée et sa céphalée combattue par la phénacétine. La colonne vertébrale, examinée à diverses reprises, ne révéla aucun point sensible. Les douleurs en ceinture persistèrent. Survinrent ensuite une douleur profonde entre les deux épaules et une dyspnée très forte. A la fin de janvier, œdème de la jambe gauche.

Vers le 10 mars, on perçut une tumeur située profondément derrière la clavicule gauche et le sterno-mastoïdien. Cette tumeur augmenta et on pouvait sentir une masse dure, bosselée, derrière le bord antérieur du muscle. La tumeur diminua ensuite et on put percevoir seulement deux petites tumeurs glandulaires.

Le malade déclina rapidement ; il eut de la contracture de la nuque le 3 avril et le bras droit contracturé. Il mourut, presque asphyxié, le 11 avril.

*Autopsie.* — On trouva une tumeur derrière les enveloppes crâniennes, en arrière et à gauche de la faux du cerveau. La substance grise de la scissure externe occipito-pariétale était intéressée. A gauche du cervelet, tumeur semblable. Sur la face antérieure du corps de la troisième dorsale, il y avait une tumeur qui rétrécissait le canal médullaire. La moelle était entièrement dégénérée à partir de la troisième dorsale. La glande thyroïde n'était pas augmentée de volume. Rien d'anormal dans le thorax. On trouva deux petites tumeurs dans le foie.

Les deux capsules surrénales étaient hypertrophiées, l'examen montra des changements de structure.

*Examen microscopique.* — La tumeur des capsules surrénales a une remarquable structure ; il est évident qu'il s'agit d'une métastase, car elle ressemble aux tumeurs du cervelet et de la faux du cerveau. Il y a cependant un groupement alvéolaire plus serré, ce qui semble indiquer une prolifération épithéliale plus rapide.

La tumeur du cervelet et celle de la faux du cerveau présentent la même structure, de nombreux espaces et cavités kystiques, tapissés d'un épithé-

lium et remplis d'un produit colloïde ou de végétations vasculaires intra-kystiques. La plupart ressemblent à certaines tumeurs trouvées dans le corps thyroïde.

M. J.-H. Targett ajoute : « Il serait intéressant de connaître s'il existait une augmentation du corps thyroïde, et si le point de départ de la maladie n'a pas été cette glande. »

Il n'y avait aucune augmentation de volume du corps thyroïde.

Le cas fut rapporté au Dr Henderson : « Je doute encore, dit-il, de la nature exacte de ces tumeurs. La plupart des coupes rappellent la structure de la thyroïde et en même temps montrent une tumeur d'aspect malin. Je note que, dans votre rapport, la thyroïde était normale. La tumeur, cependant, développée dans le triangle antérieur du cou, pouvait bien avoir un rapport avec une glande thyroïde accessoire ou un corps para-thyroïde. »

Réflexions de Hollis.

On ne peut croire que la métastase de ces tumeurs hautement différenciées était complète, au milieu d'un agencement de psorospermies ou d'autres germes étrangers. Le cas est intéressant à cause de ses relations avec la théorie parasitaire, si je puis la nommer ainsi, des tumeurs malignes.

On peut douter que la tumeur de la faux du cerveau fut une des premières, sinon la première, à se développer. Sa structure tend à le faire admettre ; elle ressemble à celle d'une thyroïde accessoire. Elle était formée de cavités semblables, limitée par une rangée unique d'épithélium cubique et remplie de matière colloïde ; le développement a été certainement lent.

## BIBLIOGRAPHIE.

Bard, *Cancer latent du corps thyroïde*, th. d'Orcel, Bertrand, Gruié.

Bontsch, *Ueber das Vorkommen von Metastasen bei gutartigen Kropfen*, Fribourg, 1895.

Carrel-Billard, thèse de Lyon, 1900. *Le goitre cancéreux.*

Cohnheim, *Arch. f. path. Anat. und Phys.*, T. LXVIII. Goitre gélatineux avec métastases.

Cornil et Ranvier, Traité d'histologie pathologique, 1901.

Cramer, *Langenb. Arch.*, Bd. 36, p. 239.

Martin Durr, *Bulletin de la Société anatomique*, 1894. Epithélioma du corps thyroïde ; métastases.

Ewald, *De l'iode dans un adéno-carcinome de la glande thyroïde et ses métastases.*

Von Eiselsberg, *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir.*, 22e Congrès.

Feurer, *Festschrift f. Kocher*, Berne, 1891, p. 275.

Goebel, *Revue de Chirurgie*, vol. XLVII, p. 348.

Gussenbauer, *Annales de la Société allemande de Chirurgie.*

Honsell, *Beitrage z. klin. Chirurg.*, XXIV, 1. — *Semaine médicale*, 1899, Goitres bénins formant des métastases.

Jaboulay, Goitre malin et exothyropexie. Ablation de la poignée du sternum, *Lyon médical*, 1896; *Lyon médical*, 1903.

Jaeger, Ueber Strumametastasen, thèse de Zurich, 1897.

Kraske, *Annales de la Société allemande de Chirurgie.*

Metzner, Thèse de Marbourg, 1894. *Ueber eine Fall von Struma mit multiplen Knochenmetastasen.*

Middeldorpf, *Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Chir.*, 1894, 23. Kongr., p. 237, II.

Muzio, *Journal de l'Académie de Médecine de Turin*, 1897.

Pic, Note sur un cas de cancer du corps thyroïde avec cancer secondaire des muscles soléaires et jumeaux, *Lyon médical*, 1er juillet 1898.

Riedel, *Annales de la Société allemande de Chirurgie.*

---

Coulommiers. — Imp. PAUL BRODARD.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

*VIENT DE PARAITRE* : LIVRAISON II (MARS-AVRIL 1904)

# JOURNAL DE PSYCHOLOGIE
## NORMALE ET PATHOLOGIQUE

DIRIGÉ PAR LES DOCTEURS

**Pierre JANET**, Professeur au Collège de France, et **Georges DUMAS**, Chargé de cours à la Sorbonne.

SOMMAIRE

Prof. PICK (Prague). — *Des zones de Head et de leur importance en psychologie.*
Dr F.-L. ARNAUD (Paris). — *Idée de grandeur précoce dans le délire de persécution chronique.*
Prof. A. HOUSSAY (Paris). — *Mœurs et régimes.*
Dr DURANTE (Paris). — *Structure et fonctionnement du système nerveux.*
Prof. A. DE LUZENBERGER (Naples). — *A propos des communications typtologiques.*
Prof. LÉPINE (Lyon). — *Un cas d'agnoscie.*

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Psychologie normale.* II. — *Psychologie pathologique.*